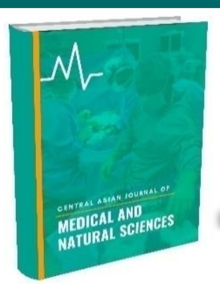
CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES



Volume: 03 Issue: 03 | May- Jun 2022 ISSN: 2660-4159

http://cajmns.centralasianstudies.org

Эффективность Фосфаргин Сукцината При Хроническом Бруцеллезе

1. Фарманова М. А

Received 23th Apr 2022,
Accepted 25th May 2022,
Online 22nd Jun 2022

[1] Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сина, Ассистент кафедры инфекционных болезней, детских инфекционных болезней и эпидемиологии
farmanovamaxtoob@gmail.com

Abstract: Под нашим наблюдением находились 85 пациентов в возрасте от 17 до 74 лет. У всех пациентов применяли стандартные общие, серологические, биохимические и статистические методы. Больные по клиническим формам распределились следующим образом: первичный хронический бруцеллез - 22 (25,8%) и вторичный хронический бруцеллез - 63 (74,2%). Фаза субкомпенсации наблюдалась у 62,3% обследованных больных, фаза декомпенсации выявлена у 37,7%.

Keywords: Хронический бруцеллез, клиника, диагностика, антиоаксидантная система, лечение.

Под нашим наблюдением находились 85 пациентов в возрасте от 17 до 74 лет. У всех пациентов применяли стандартные общие, серологические, биохимические и статистические методы. Больные по клиническим формам распределились следующим образом: первичный хронический бруцеллез (БХБ) - 22 (25,8%) и вторичный хронический бруцеллез (ВХБ) - 63 (74,2%). Фаза субкомпенсации наблюдалась у 62,3% обследованных больных, фаза декомпенсации выявлена у 37,7%.

Ключевые слова: Хронический бруцеллез, клиника, диагностика, антиоаксидантная система, лечение

Бруцеллез является наиболее распространенным зоонозным заболеванием в мире. Специфическое течение бруцеллеза, хронический характер инфекции, а также тот факт, что заболевание встречается преимущественно среди трудоспособного населения, длительная нетрудоспособность и инвалидность определяют социально-экономическую значимость проблемы бруцеллеза [1]

По мнению M. Avijgan и др. (2019) согласно информационному бюллетеню ВОЗ, хотя ежегодно регистрируется примерно полмиллиона случаев бруцеллеза, истинная заболеваемость всегда в 10–25 раз превышает зарегистрированное количество случаев [2]. Так, наибольшая заболеваемость отмечается в Саудовской Аравии – 6,0–149,5, в Иордании – 25,7–130,0, в Египте – 0,28–70,0, в Турции - от 11,9 до 49,5. Высокая частота бруцеллеза регистрируется и в Непале [4]. В Греции за период 2007–2012 годов заболеваемость бруцеллезом составила 1,43 на

100 тысяч населения [3], в Италии в 2005 году – 1,40 [5], в Иране в 2008 году - 43,2 на 100 тысяч населения [7]. В США находится в пределах 0,02–0,09; Германии – 0,03, а в Канаде, Австралии, Японии и Северной Европе бруцеллёз регистрируется крайне редко [6].

Семь республик бывшего Советского Союза: Кыргызстан, Грузия, Азербайджан, Казахстан, Узбекистан, Таджикистан, Туркменистан включены в перечень 25 стран с самой высокой заболеваемостью бруцеллёзом во всем мире. Так, в Казахстане уровень заболеваемости на 100 тыс. населения составил 10,0 [10], Кыргызстане 20,5–25,0, в – 42,7–76,4) [9], в Таджикистане за 2000–2014 гг. в отдельных неблагополучных районах страны зарегистрированы более тысячи случаев заболевания [8]. В Республике заболеваемость людей бруцеллёзом варьировала от 1,8 до 2,8 на 100 тыс. населения, в основном это Сурхандарьинская – 9,6, Джизакская – 8,0, Навоинская – 7,9, Бухарская – 5,6, Сырдарьинская – 4,5 и Кашкадарьинская – 4,3 области республики [11,12].

Полиорганная недостаточность, развивающаяся при хроническом бруцеллезе, во многом обусловлена нарушениями гемодинамики, ускорением процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Это требует совершенствования процедур лечения.

Цель: оцените эффективность фосфаргин суксината у пациентов с окислением пероксида у пациентов с хроническим бруцеллезом.

Материалы и методы. Все больные применяли стандартные общеклинические, серологические, биохимические и статистические методы.

Объектом исследования явились 85 больных в возрасте от 17 до 74 лет, находившихся на лечении в Бухарской областной инфекционной больнице.

Результаты и обсуждение. Больные в основном жаловались на лихорадку, слабость, головную боль, снижение аппетита, озноб, потливость и тому подобное. Однако их встречаемость была различной при первичном и вторичном хроническом бруцеллезе. В частности, если у больных первично-хроническим бруцеллезом отмечается слабость (68,1%), озноб (54,5%), потливость (45,4%), лихорадка (81,8%), головная боль (63,6%), бессонница, вторично-хронический бруцеллез часто характеризуется слабостью (79,3%), лихорадка (74,6%), потливость (65,1%), головная боль (76,1%), увеличение лимфатических узлов (63,4%).Следует отметить, что поражение опорно-двигательного аппарата было более специфичным для ИБС, при этом наибольшее количество повреждений наблюдалось в коленном суставе (44,4%), тогда как при первично-хроническом бруцеллезе более выражены повреждения ладонно-ножных суставов (22,7%). В то же время у больных выявлялись поражения желудочно-кишечного тракта, преимущественно со снижением аппетита (59,1%), обкладыванием языка (59,1%) и гепатомегалией (50%). Поражение желудочно-кишечного тракта чаще наблюдалось при первично-хроническом бруцеллезе.

Поражения сердечно-сосудистой системы и органов дыхания в основном наблюдались при первичном и вторичном бруцеллезе, характеризующемся удушьем и жестким дыханием сердечных тонов. Поражение нервной системы, неврит, нарушения сна, головная боль, слабость. При тяжелых формах бруцеллеза также сообщалось о поражении половых органов.

У 62,3% обследованных больных наблюдалась фаза субкомпенсации, а у 37,7% - фаза декомпенсации. Стадия декомпенсации характерна преимущественно для первично-хронического бруцеллеза.

Следует отметить, что поражение опорно-двигательного аппарата более характерно для вторичного хронического бруцеллеза, при этом наибольшее количество повреждений наблюдается в коленном суставе (44,4%), а при поражении ладонных (22,7%) суставов чаще

выявляется первично-хронический бруцеллез. В то же время у больных выявлялись поражения желудочно-кишечного тракта, преимущественно со снижением аппетита (59,1%), обкладыванием языка (59,1%) и гепатомегалией (50%). Поражение желудочно-кишечного тракта чаще наблюдалось при первично-хроническом бруцеллезе.

Поражения сердечно-сосудистой системы и органов дыхания в основном наблюдались при первичном и вторичном бруцеллезе, характеризующемся удушьем и жестким дыханием сердечных тонов. Поражение нервной системы, неврит, нарушения сна, головная боль, слабость. При тяжелых формах бруцеллеза также сообщалось о поражении половых органов.

В периферической крови у большинства больных обнаруживали лейкопению, нейтропению, лимфоцитоз и повышение СОЭ. Реакция Хеделсона была положительной у 94,7% больных, реакция Райта — высокие титры.

Таблица 1. Результаты пластинчатой агглютинации Хеддельсона у больных первично и вторичной хронического бруцеллезом и контрольной группы

Реакция Хеддельсона	Группа		
	Контрол	ПХБ	ВХБ
Отрицательная	20	0	0
Положительная	0	22	63

Результаты реакции агглютинации Райта в группе здоровых и больных первично и вторичной хронической бруцеллезом.

Реакция Райта	Группа		
	Контрол	ПХБ	ВХБ
1:100	20	2	21
1:200	0	14	36
1:400	0	5	6
1:600	0	0	0

С целью определения интенсивности воспалительных процессов определяли количество С-реактивного белка в сыворотке крови больных. Исследования показали, что его количество резко возросло с 0,76±0,04 мг/мл до 38,14±2,37 мг/мл (R<0,001). Его уровни увеличились до 36,12 ± 2,41 и 39,78 ± 2,19 мг/мл в группах ПХБ и ВХБ соответственно.

В целом система антиоксидантной защиты играет важную роль в поддержании нормального баланса свободного окисления. В настоящее время при оценке антиоксидантной системы сыворотки крови выявляют общую антиоксидантную активность и активность фермента каталазы. Выявление общей антиоксидантной активности в сыворотке крови больных хроническим бруцеллезом показало снижение этого показателя. Мы также оценили процессы ПОЛ в сыворотке крови пациентов с уровнем МДА. В ходе исследования выявлено увеличение МДА в 1,82 раза (p<0,001) у больных бруцеллезом (см. табл. 3). Если при первично-хроническом бруцеллезе этот показатель увеличился в 1,73 раза (R<0,001), то при вторично-хроническом бруцеллезе его увеличение увеличилось в 1,87 раза (R<0,001). Следует отметить, что в фазе субкомпенсации заболевания количество МДА увеличилось на 1,74 (R<0,001) по сравнению с нормой, а в фазе декомпенсации - на 2,37 (R<0,001). Это свидетельствует об ускорении свободнорадикальных процессов по стадиям заболевания.

Полиорганная недостаточность, развивающаяся при хроническом бруцеллезе, во многом приводит к нарушениям гемодинамики, ускорению ПОЛ. Это требует совершенствования процедур лечения. Применение препарата фосфаргина сукцината с целью восстановления этих

процессов увеличивает возможности антиоксидантной системы по сравнению с традиционным лечением и снижает перекисное окисление жиров, что приводит к улучшению качества жизни больных.

Выводы.

Хронический бруцеллез сопровождается увеличением количества МДА, снижением системы антиоксидантной защиты и снижением компенсаторных возможностей антиоксидантной системы, изменение которых зависит от тяжести заболевания.

При хроническом бруцеллезе количество островоспалительного белка резко возрастает.

Исследования показали, что препарат более эффективен, чем обычное лечение, используемое при лечении хронического бруцеллеза.

Литература.

1. Атаходжаева Д.Р., Касимов И.А. Бруцеллёзни даволашда самарадорликни ошириш усули. Услубий қўлланма.- Ташкент, 2018.- 18с.
2. Avijgan M., Rostamnezhad M., Jahanbani-Ardakani H.. Clinical and serological approach to patients with brucellosis: A common diagnostic dilemma and a worldwide perspective // Microbial Pathogenesis.- 2019.- Vol.129.- P.125-130.
3. Fouskis I. et al. The epidemiology of Brucellosis in Greece, 2007–2012: // a‘One Health’approach.- 2018.- Vol.112(3).- P.124–135
4. Acharya K.P., Kaphle K., Shrestha K., Bastuji B.G., Smits H.L. Review of brucellosis in Nepal. // International Journal of Veterinary Science and Medicine.- 2016.- Vol.4.- P.54–62.
5. De Massis, F. et al., 2005. Correlation between animal and human brucellosis in Italy during the period 1997–2002 // 11(8), pp. 632–636.
6. Gul S., Khan A.J.P.v.j., 2007. Epidemiology and epizootology of brucellosis: A review, 27(3), p. 145.
7. Mostafavi E., Asmand M.J., Jo.E., 2012. Trend of brucellosis in Iran from 1991 to 2008, 8(1).
8. Расулов С.А., Мирзоев Д.М., Давлатов Х.О., Ахматбекова С.Ш. Динамика заболеваемости бруцеллёзом мелкого рогатого скота и людей в районах Республики Таджикистан с высокими показателями инфицированности // Российский ветеринарный журнал.- 2016.- №1.- Р. 37
9. Kasymbekov J., Imanseitov J., Ballif J. and antibiotic susceptibility of livestock Brucella melitensis isolates from Naryn Oblast, Kyrgyzstan // PLoS Negl. Trop. Dis.- 2013.- Vol.7.– P.2047.
10. Фарманова М.А., Касимов И.А., Атажаджаева Д.Р. (2020) Бруцеллез касаллигининг клинико-эпидемиологик хусусиятлари. Тиббиётда янги кун. 1. 29.
11. Shevtsov A., Syzdykov M., Kuznetsov A, et al. Antimicrobial susceptibility of Brucella melitensis in Kazakhstan. // Antimicrob Resist Infect Control.- 2017.- Vol.6.- P.130.
12. Бруцеллёз. Современное состояние проблемы / под ред. Г.Г. Онищенко, А.Н. Куличенко. – Ставрополь: ООО «Губерния», 2019. – 336 с.